令和 年 月 日

日光市長様

施設又は事業所の
所在地及び名称
代表者氏名

印

介護保険事業所等在職証明書

次の者は、以下のとおり介護保険事業所等に在職していることを証明します。

記

(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日
本人住所 電話番号	〒 TEL		
施設又は 事業所名			
施設（事業）種類	☐ 介護保険事業所 訪問介護事業所・通所介護事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・認知症対応型共同生活介護事業所 その他（ ） ☐ 障がい福祉施設（入所施設・通所施設）		
職務内容	☐ 介護職員 ☐ 生活相談員 ☐ 看護職員 ☐ その他（ ）		
現在の職場の 従業期間	従業期間 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで（ 日）		